

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours

1. Diagnostic

Octobre 2017

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTERISÉ

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique.

La classification de référence est la CIM-10 de l'OMS. Une autre classification est utilisée en clinique et à des fins de recherche : le DSM-5.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé	
Au moins 2 symptômes principaux : ▪ humeur dépressive ; ▪ perte d'intérêt, abattement ; ▪ perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.	**Au moins 2 des autres symptômes :** ▪ concentration et attention réduite ; ▪ diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; ▪ sentiment de culpabilité et d'inutilité ; ▪ perspectives négatives et pessimistes pour le futur ; ▪ idées et comportement suicidaires ; ▪ troubles du sommeil ; ▪ perte d'appétit.

Un épisode dépressif caractérisé peut également se manifester par des expressions somatiques (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et des troubles de la sexualité.

Certains symptômes peuvent avoir une expression différente selon les cultures et les croyances.

Le deuil

Le deuil n'est pas considéré comme étant un épisode dépressif caractérisé. L'état de deuil est une réaction d'adaptation à une perte significative qui ne doit pas être considéré comme un état pathologique.

Cependant, le deuil peut parfois se compliquer par un épisode dépressif caractérisé et comporter alors un risque suicidaire.

Chez le sujet âgé

Chez le sujet âgé, le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé est souvent difficile en raison de plaintes somatiques ou de troubles cognitifs au premier plan.

Devant tout trouble cognitif chez une personne âgée, il est recommandé de se poser la question d'un état dépressif sous-jacent responsable de la symptomatologie.

Un épisode dépressif caractérisé peut également inaugurer ou être secondaire à une maladie neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.).

Tout épisode dépressif caractérisé chez le sujet âgé comporte un risque suicidaire élevé.

Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels d'un épisode dépressif caractérisé sont :

- d'autres troubles psychiatriques ;
- l'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de certains médicaments, ainsi que la polymédication chez le sujet âgé ;
- l'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives (incluant le sevrage du tabac) ;
- d'autres maladies somatiques, notamment : hypothyroïdie, maladies neurodégénératives.

Les abus et la dépendance aux substances psychoactives peuvent être également une comorbidité.

Évaluation initiale de l'épisode dépressif caractérisé

Il est recommandé de réaliser un examen clinique pour rechercher l'existence d'une maladie associée et d'effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen.

Entretien clinique

Évaluation de l'épisode dépressif caractérisé actuel

Pour le bilan initial de l'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les éléments suivants :

- le risque suicidaire ;
- un trouble psychiatrique associé, notamment parmi les troubles anxieux ;
- une auto ou hétéro-agressivité ;
- une diminution des fonctions sensorielles, physiques ou cognitives (notamment pour les patients âgés ou ayant subi un traumatisme crânien) ;
- l'existence de maltraitance actuelle physique, psychique, verbale ou sexuelle ;
- des expressions somatiques des états dépressifs (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) ;
- des troubles de la sexualité ;
- des facteurs de risques psychosociaux ; il est nécessaire d'évaluer la durée et l'intensité du facteur de risque et la possibilité d'une amélioration spontanée.

Évaluation des antécédents personnels et familiaux

En cas de suspicion d'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les antécédents psychiatriques et somatiques lors du bilan initial.

Il est recommandé de recueillir si nécessaire les informations complémentaires auprès de la famille ou des amis avec l'accord du patient.

Il est recommandé d'évaluer les ressources, aides, fonctionnement socioprofessionnel, etc.

Outils d'aide au diagnostic

Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic qui doivent être soumis au jugement du clinicien, notamment le PHQ-2 ou le PHQ-9, le BDI-II, HADS, HDRS, le GDS-15.

Pour certains patients l'appropriation du diagnostic de dépression peut être aidée par l'utilisation d'un auto-questionnaire.

ÉVALUATION DE LA SÉVERITÉ DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTERISÉ

Définition

Il est recommandé de qualifier la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé selon les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5 qui proposent 3 niveaux : léger, modéré ou sévère, selon le nombre et l'intensité des symptômes et le degré de dysfonctionnement du patient dans les activités sociales, professionnelles résultant de l'épisode dépressif.

Tableau 1. Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

Un épisode dépressif caractérisé, d'autant plus s'il est sévère, peut comporter :
- des idées suicidaires (planifications, intentions ou tentative) ;
- des symptômes psychotiques (hallucination, délire) qui sont plus fréquemment congruents à l'humeur ;
- une incapacité à maintenir les activités quotidiennes : hygiène corporelle, alimentation, etc.

Outils disponibles

L'évaluation de la sévérité repose sur le jugement du clinicien. Les outils d'évaluation standardisés ne sont que de simples aides, tant pour le diagnostic que pour le suivi du patient.

Ces outils sont : PHQ-9, HDRS, BDI-II, MADRS.

RISQUE SUICIDAIRE

Évaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire, majeur dans les épisodes dépressifs caractérisés, est évalué lors du bilan initial et réévalué régulièrement au cours de la prise en charge.

Le patient doit être questionné sur ses pensées suicidaires, avec tact dans un climat de confiance ; ce questionnement ne renforçant pas le risque suicidaire.

L'évaluation des idées et des intentions suicidaires doit inclure les éléments suivants :
- le début, la durée, l'intensité, la fréquence de ces idées suicidaires ;
- l'imminence du passage à l'acte ;
- les comportements préparatoires à la concrétisation du passage à l'acte et de ses conséquences ;
- la recherche et l'accès à des moyens létaux.

Il est recommandé de tenir compte :
- du contexte socio-environnemental et culturel ;
- d'une situation d'instabilité ou de survenue d'événements de vie particuliers ;
- de désinsertion ou de solitude ;
- d'un entourage proche pathogène, voire une ambiance de contagiosité suicidaire.

Il est également recommandé de rechercher la présence de facteurs de protection (raisons positives de vivre, soutien social fort).

Le médecin, avec l'accord du patient, peut obtenir des informations auprès des membres de la famille, des autres professionnels de santé.

Évaluation du degré d'urgence suicidaire

Il est recommandé une évaluation de la crise suicidaire et de son degré d'urgence.

Tableau 2. Degrés d'urgence suicidaire

Risque suicidaire faible	Risque suicidaire modéré	Risque suicidaire élevé (urgence)
Le patient en crise : ■ est dans une relation de confiance établie avec le praticien ; ■ désire parler et est à la recherche de communication ■ cherche des solutions à ses problèmes ; ■ pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; ■ pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; ■ n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant.	**Le patient en crise :** ■ envisage le suicide et son intention est claire ; ■ a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; ■ ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; ■ présente un équilibre émotionnel fragile ; ■ a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; ■ est isolé.	**Le patient en crise :** ■ est décidé : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ; ■ est coupé de ses émotions : il rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; ■ se sent complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; ■ a une douleur et une expression de la souffrance omniprésentes ou complètement tues ; ■ a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; ■ a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; ■ est très isolé.

Le risque élevé est une urgence, l'hospitalisation est recommandée, et si nécessaire, sans le consentement du patient.

En cas de risque suicidaire modéré, la décision est à prendre au cas par cas : soit hospitalisation, soit un suivi renforcé tel que des contacts directs ou par téléphone plus fréquents, ou un recours à un avis psychiatrique.

En cas de risque suicidaire faible, il est recommandé de rester vigilant et de réévaluer le niveau d'urgence.

INDICATIONS D'UNE HOSPITALISATION

Il est recommandé d'envisager une hospitalisation soit d'emblée, soit au cours de l'évolution, devant les situations suivantes :

- patient avec un scénario suicidaire construit imminent ;
- patient avec un risque immédiat d'automutilation ;
- patient avec un potentiel de violence ;
- certaines formes sévères de dépression, en cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés ;
- présence d'une forte agitation anxieuse avec manque de contrôle émotionnel ou impulsivité ;
- sevrage de substance psychoactive ;
- à chaque fois qu'une situation particulière l'exige.

Si la personne a besoin d'être admise à l'hôpital, tous les efforts doivent être mis en œuvre pour obtenir son consentement.

Si l'hospitalisation est refusée, il est recommandé de recourir aux dispositions légales relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours ».

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur **www.has-sante.fr**

Octobre 2017